

Massimo Campedelli

La governance dei fondi sanitari integrativi

Un ruolo per le Regioni?

Laboratorio Sociologico

Ricerca empirica
ed intervento sociale

FRANCOANGELI

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo (Salerno); Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturò (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Duquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecília de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Alberto Ardisson

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Paola Canestrini. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; David Donfrancesco; Laura Farneti; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletini; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Responsabile Editoriale*: Linda Lombi. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Giovanni Silvano (Università di Padova) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carlone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammone; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société “Henry Dunant”), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Giorgio Ceci (coordinatore), Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Rinaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardissona (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

Massimo Campedelli

**La governance
dei fondi sanitari
integrativi**

Un ruolo per le Regioni?

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Ricerca empirica
ed intervento sociale

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Silvia Marcadelli

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

| | | |
|---|------|----|
| Presentazione | pag. | 7 |
| 1. Il profilo del welfare socio-sanitario intermediato in Italia | » | 9 |
| 1.1. Una introduzione lessicale | » | 10 |
| 1.2. Le coordinate del dibattito | » | 12 |
| 1.3. Temi/indicatori utilizzati nella discussione pubblica: una sintesi | » | 17 |
| 2. Soffrire di <i>emianopsia</i> | » | 33 |
| 2.1. Il 4° pilastro, la crisi sistemica del welfare familiare e primi spunti sul ruolo del welfare intermediato | » | 34 |
| 2.2. L'ibridazione delle linee di finanziamento | » | 40 |
| 2.3. Il welfare monetario e il finanziamento pubblico della spesa privata irregolare | » | 42 |
| 2.4. Per una effettività del diritto | » | 43 |
| 3. Il dibattito in tema di regionalizzazione del welfare intermediato | » | 51 |
| 3.1. Organizzazioni di rappresentanza/attori di intermediazione/network di <i>policy</i> | » | 51 |
| 3.2. Il mondo della ricerca | » | 60 |
| 4. Le iniziative delle Regioni | » | 81 |
| 4.1. La farraginosità del quadro normativo nazionale | » | 83 |
| 4.2. Tre digressioni | » | 91 |
| 4.3. Il quadro normativo e di <i>policy</i> | » | 93 |

| | | |
|---|------|-----|
| 5. La rilevanza della <i>Long term care</i> | pag. | 99 |
| 5.1. La transizione epidemiologica | » | 101 |
| 5.2. Una economia della Ltc | » | 106 |
| 5.3. C'è un mercato assicurativo per la Ltc? | » | 111 |
| 6. Ipotesi di lavoro | » | 117 |
| 6.1. Ricapitolando | » | 117 |
| 6.2. Contenuti di un programma di ricerca | » | 122 |
| Appendice. La sperimentazione della Regione Toscana | » | 127 |
| 1. Introduzione | » | 127 |
| 2. I fondamenti giuridici | » | 130 |
| 3. Il budget delle famiglie toscane | » | 134 |
| 4. Obiettivi, indicatori, linee attuative | » | 136 |
| 5. L'ipotesi di un fondo regionale integrativo di secondo livello | » | 139 |
| 6. L'integrazione con l'offerta pubblica di Ltc | » | 144 |
| Postfazione , di <i>Stefania Saccardi</i> | » | 147 |
| Bibliografia di riferimento | » | 151 |

Presentazione

Le pagine che seguono danno conto di un percorso pluriennale di ricerca e progettazione relativo al ruolo delle Regioni in tema di welfare intermediato.

Un primo obiettivo del volume è quello di offrire una ricognizione aggiornata delle informazioni disponibili – in particolare di natura economica e giuridica – relative al ruolo svolto, e che potrebbero svolgere, le forme di pagamento diretto – *out of pocket* – e di intermediazione – *terzo paganti* – nel finanziamento dei servizi e prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

In secondo luogo, fornire una ricostruzione del dibattito che ha visto coinvolta la comunità scientifica e i diversi *stakeholders* intervenuti nel corso degli ultimi trenta anni, determinando, a partire dai vari ruoli ricoperti, l'implementazione di tali *policy*.

Il terzo, argomentare sulla possibilità/necessità che le Regioni assumano, nel quadro dell'attuale assetto istituzionale multilivello, un ruolo attivo di *governance* del settore. Tale ruolo, qui concepito in primis come responsabilità/esercizio pieno dei propri compiti di tutela della salute e del benessere della cittadinanza tutta, implica la capacità di una visione diversa, complessiva, dei fenomeni presenti e interagenti.

Tra questi, in particolare, il welfare sanitario e sociosanitario gestito e/o autoprodotta dalle famiglie, le cui dinamiche evolutive sono messe a dura prova dalle trasformazioni strutturali che le stesse stanno vivendo da tempo e, stando agli ultimi dati, oramai in modo irreversibile. L'esito probabile di una loro impossibilità a garantire, già nel prossimo futuro, le coperture/risposte a bisogni non altrimenti soddisfatti, e non solo o tanto per motivi economico finanziari, rappresenta un rilevante fattore critico per l'oramai *stabilmente precario* assetto del sistema di offerta pubblica. Ciò motiva ulteriormente il coinvolgimento critico delle Regioni, e più in generale delle istituzioni pubbliche, in tali questioni.

Con questa pubblicazione si intende quindi mettere a disposizione della composita comunità di Attori che a diverso titolo intervengono nel-

la problematica della spesa privata e della sua intermediazione, materiali e proposte di lavoro finalizzate a proseguire negli approfondimenti e sperimentazioni in corso.

Superamento dell'*emianopsia* con cui si analizzano e dibattono i temi della spesa privata, sanitaria ma pure e insieme sociosanitaria, e del welfare intermediato; riconfigurazione dell'idea di universalismo, a partire dalla pluralità con cui già ora si declina nelle diverse aree di welfare; sviluppo di una visione unitaria della platea di attori del welfare intermediato; implementazione della normativa, ferma da una decina anni; promozione di innovazione istituzionale, attraverso politiche *evidence based*, in particolare in ambito regionale; sono le direttrici di tale proposta.

Anche per questo si è prestata particolare attenzione – vedi Appendice – al percorso della Regione Toscana, sia per evidenziarne la metodologia seguita che per indicarne la costruzione istituzionale su cui si sta sviluppando. Come riportato nel resto del volume, non è né la prima e neppure l'unica esperienza presente nel nostro Paese. Ha però, come tratti distintivi, l'essersi basata su un notevole sforzo di ricerca e analisi delle informazioni disponibili, propedeutiche al confronto con i tanti *stakeholders* operanti in quel contesto, così come all'assunzione programmatica di legislatura della sperimentazione di alcune possibili soluzioni di *governance*.

Per il confronto, i suggerimenti, le osservazioni critiche, sono debitore a moltissimi Colleghi e Interlocutori. La bibliografia rappresenta solo parzialmente questa ricca relazione. Nel ringraziare Ognuna e Ognuno di essi, confidando di aver colto appieno quanto emergeva dal confronto avuto, e senza imputare ad alcuno la responsabilità di quanto qui scritto, non posso non evidenziare il supporto e l'interesse dimostrati in particolare: dall'Istituto Dirpolis della Scuola Sant'Anna di Pisa; dalla cooperativa Uscita di Sicurezza, dalla Fondazione il Sole e dalla Società della Salute di Grosseto; dall'Azienda Usl Toscana Sud-Est, dall'Assessorato al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria e sport della Regione Toscana.

L'auspicio è che il Lettore riesca a trovare in queste pagine stimoli e strumenti utili ad un confronto di merito sul welfare intermediato guardando alle sfide che comporta dare oggi attuazione a quanto stabilito dalla nostra Carta Costituzionale, lì dove afferma:

E compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. – art. 3 c.2

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. – art. 32 c.1

M.C.

1. Il profilo del welfare socio-sanitario intermediato in Italia

La crescente attenzione rivolta a ruolo/funzione dei fondi sanitari e socio-sanitari integrativi¹, nonché dei livelli, competenze e più in generale delle responsabilità istituzionali implicate, impone la necessità di una sua tematizzazione critica.

La discussione pubblica (Urbinati 2014) presenta, in questo come in molti altri casi, posizioni articolate nelle quali analisi e soluzioni proposte presuppongono criteri di rilevanza, se non veri e propri “*imperativi dell’argomentazione*” per riprendere Hirschman² (1991), altrettanto diversificati. La loro non esplicitazione comporta il rischio di veri e propri *bias cognitivi*, ovvero di un uso distorto delle evidenze disponibili nella definizione, costruzione e implementazione delle relative *policy*.

Oltre che per tali necessità conoscitive ed interpretative, questo capitolo intende rispondere anche ad esigenze metodologiche ed epistemologiche.

Vi è infatti la necessità, se si vogliono superare alcune delle contrapposizioni, timori e pre/in comprensioni che caratterizzano tale discussione, di prendere in considerazione in modo *evidence-based*³ (Aa.Vv. 2009)

1. Per un inquadramento complessivo si rinvia a Campedelli (2015a).

2. Sostiene in Nostro, nel suo famoso volume uscito in italiano con il titolo “*Retoriche dell’intransigenza. Perversità, futilità e messa a repentaglio*”: “... il discorso è foggato non tanto da basilari tratti di personalità, quanto, puramente e semplicemente, dagli imperativi dell’argomentazione, in una maniera quasi completamente indipendente dai desideri, dal carattere, dalle convinzioni dei partecipanti. Mettere in luce queste servitù avrebbe forse giovato ad alleggerirle, e per questa via a modificare il discorso e a ripristinare la comunicazione” (Hirschman, 1991, 8).

3. Il riferimento è all’*evidence-based policy making*, il quale postula il superamento di una costruzione delle politiche pubbliche fondata esclusivamente sulle opzioni ideologiche o sulle pressioni politiche contingenti, per privilegiare un approccio scientifico alle scelte di legislazione, di governo e di amministrazione, in grado di ricondurle ad una metodologia scientifica, basata su dati misurabili/verificabili (mediante le ‘evidenze’ o prove, in ita-

l'insieme delle variabili che incidono nel fenomeno, così da rendere espliciti i presupposti e le informazioni che stanno alla base delle argomentazioni sostenute, ovvero di evidenziarne le in/congruenze interne, e individuare i punti di consenso ragionevoli e condivisibili nel rispetto delle differenze presenti (Sen 2009)⁴.

La struttura del capitolo intende offrire:

- a) una introduzione sul lessico utilizzato;
- b) un inquadramento del dibattito inerente il welfare intermediato da fondi sanitari e sociosanitari;
- c) la ricognizione dei temi/indicatori normalmente utilizzati, con alcune tra le informazioni più aggiornate disponibili;
- d) la critica di entrambe e una proposta alternativa sia dei temi/indicatori che più complessivamente dell'approccio con cui affrontare il welfare intermediato.

1.1. Una introduzione lessicale

Per addetti ai lavori e non, l'aggettivazione con cui, almeno a partire dagli anni '80, si è via via arricchito e tentato di qualificare il sostantivo welfare, rappresenta una vera e propria sfida interpretativa. Se, da una parte, evidenti sono le esigenze scientifiche e politiche che stanno alla base della classificazione dei diversi modelli nazionali (Campedelli e Valerio 2010, 3 e sgg.), dall'altra, nel dibattito pubblico gli aggettivi hanno rappresentato il tentativo di attribuire un valore particolare, spesso alternativo a quanto indicato da altri, quindi di rendere distintivo un modo di nominare e, presumibilmente, attuare il welfare o sue parti, con il rischio di scadere in un dibattito pubblico sostanzialmente retorico (Campedelli 2014).

Per certi aspetti, ciò risulta presente anche nella discussione che riguarda il non facilmente perimetrabile sottosistema di welfare composto dai fondi sanitari integrativi, dalla previdenza complementare, dagli accordi di welfare aziendale, dagli enti bilaterali, dalle società di mutuo soccorso, dagli accordi sindacali di conciliazione vita-lavoro, ecc.

Al fine di facilitare la lettura, anticipiamo che seguiremo uno schema analitico basato sul considerare la distinzione teorica tra finanziamento e

liano), sia nella fase di elaborazione, sia in fase di applicazione-attuazione, sia, e soprattutto, nella fase di costruzione del consenso sulle politiche stesse.

4. Facciamo riferimento alla teoria del *consenso per intersezione* sviluppata da Sen sulla scorta del pensiero di Rawls, anche alla luce del fatto che le questioni qui trattate hanno importanti implicazioni politiche e morali, ovvero di giustizia sociale.

produzione/erogazione, ovvero tra domanda e offerta e, sui quattro componenti, o pilastri, spesso mixati con la produzione o l'autoproduzione, in cui rientrano le diverse componenti del finanziamento:

- il *welfare pubblico*; esso riguarda i servizi sanitari e sociosanitari, ovvero il Ssn nazionale e i suoi erogatori accreditati, con le sue articolazioni regionali, nonché il composito mondo dell'assistenza, sia *cash* (trasferimenti monetari dalle istituzioni centrali – Inps – o da quelle locali – Comuni), che *in kind* (Comuni più o meno aggregati), nonché delle *tax expenditures* (agevolazioni fiscali) finalizzate a sostenere acquisti di natura sanitaria, sociosanitaria o socioassistenziale; tranne per le compartecipazioni (ticket sanitari o tariffazioni in base all'Isee) è finanziato dalla fiscalità generale attribuibile ai diversi attori che compongono il sistema multilivello su cui è strutturata l'architettura della *governance* del welfare italiano (Carrozza 2009, 2016);
- il *welfare intermediato da soggetti aventi un profilo mutualistico*, ovvero di condivisione del rischio (Campedelli 2016); composto dalle società di mutuo soccorso e, più in generale, dalle forme collettive di organizzazione e intermediazione della domanda individuale o familiare (ne sono espressione i fondi categoriali, i fondi/casse aziendali, le casse professionali, ecc.); in genere, si tratta di enti non aventi finalità di profitto che svolgono la funzione di *terzo paganti*⁵;
- il *welfare intermediato assicurativo*, realizzato dalle compagnie di assicurazione, pure esse *terzo paganti*, ma con finalità di lucro; sempre di più, soprattutto in ambito sanitario, assicurano non solo individui (*core business*) ma anche collettività (il *welfare intermediato mutualistico*), o garantiscono a tali enti collettivi servizi per questi impossibili da realizzare o gestire direttamente; l'essere profit ed avere come tratto distintivo lo scambio *premio/trasferimento del rischio*, differenziano questo terzo pilastro da quello precedente;
- il *welfare familiare*, composto da un mix variabile di autoproduzione, acquisto diretto con risorse proprie da fornitori/prestatori d'opera privati, pagamento delle compartecipazioni pubbliche, utilizzo autonomo dei trasferimenti monetari pubblici e delle agevolazioni fiscali, ovvero dei *benefit* garantiti dai *terzo paganti*, *case management*;
- il *welfare intermediato mutualistico e quello assicurativo*, infine, compongono il cd *welfare integrativo* (Merlo 2017) o *complementare* (Piperno 2017) del *welfare pubblico*. Per una maggiore chiarezza e comprensione delle argomentazioni, tenderemo ad usare, peraltro precisandole, il meno possibile queste ultime qualificazioni.

5. Per una classificazione *semplificata* cfr. Fond. Gimbe 2018, 97.

1.2. Le coordinate del dibattito

La sanità e, in parte minore, il sociosanitario sono materie *sensibili*. Accesso/non accesso ai servizi e prestazioni, libertà/obbligatorietà degli interventi, efficacia/inefficacia delle cure, sono solo alcuni temi che ritroviamo periodicamente nelle nostre cronache. Anche tra gli addetti ai lavori, siano questi *professional*, piuttosto che *policy maker*, piuttosto che *stakeholder* di varia natura, le scelte e/o non scelte sanitarie favoriscono discussioni, a volte particolarmente accese e con differenze di posizioni spesso alquanto marcate, a cavallo tra principi valoriali, interessi materiali ed esigenze di potere. D'altro canto, l'incidenza delle filiere del sanitario e sociosanitario in termini economici, occupazionali, di politica industriale, di politica universitaria e di ricerca scientifica, di innovazione tecnologica, di legislazione e regolamentazione, ecc., è alquanto rilevante. Si tratta di uno degli *asset* determinanti, e un'arena prioritaria di confronto e di influenza politica, per il sistema Paese (Confindustria 2018).

Suo perno è il Servizio sanitario nazionale, verso il quale si riversano circa 115 miliardi € di spesa pubblica annui (¾ circa della spesa sanitaria totale), trovano occupazione 630.000 dipendenti circa (1/5 circa dei dipendenti pubblici)⁶, molti con percorsi formativi e professionali di alto o altissimo livello.

Ogni anno, per trovare risposte ai propri bisogni di salute, entrano in contatto milioni di pazienti ecc. (Toth 2014; Longo e Ricci 2016; Ministero della Salute 2016; Istat 2017b). Considerando la sola attività ospedaliera, nel 2014 le dimissioni avvenute nei 1437 istituti operanti nel nostro Paese, di cui 758 pubblici, 611 privati accreditati e 68 privati non accreditati, sono state circa 9.5 milioni, con un totale di oltre 63 milioni di giornate di degenza (Eurispes 2016).

Risultato di un tortuoso percorso che ha portato nel 1978 alla sua istituzione, nei quarant'anni successivi ha subito un'implementazione tutt'altro che lineare (Taroni 2011; Balduzzi e Carpani 2013; Jorio 2013). La suddivisione in 21 Servizi sanitari regionali/provinciali – con ampie e progressive differenziazioni di modelli operativi, di garanzia delle coperture, di qualità percepita ed effettiva, di incidenza sulla compartecipazione dei cittadini e sulla tassazione locale, ecc. – è un'ulteriore indicatore di tale dinamica (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017).

Questo sintetico quadro da ragione al fatto che il rapporto con il Ssn (Piperno 2017) sia al centro della discussione sul welfare intermediato e

6. Considerando il comparto, sono quasi un milione e mezzo le persone a vario titolo occupate, mentre nell'intero indotto si arriva a stimare circa due milioni e ottocentomila lavoratori/trici.

possa essere assunto come criterio interpretativo con cui tipizzare le diverse posizioni presenti. Esse possono essere suddivise a seconda di come viene data rilevanza a:

- *Cosa dovesse essere il Ssn, e perché non lo sia (ancora) diventato.* Sono riconducibili a questo raggruppamento sia i sostenitori del Ssn come grande conquista politica, sociale e più in generale, di civiltà, che i suoi critici *per principio*. Nel dibattito sul welfare intermediato sono soprattutto i primi a parteciparvi attivamente, in quanto preoccupati che la sua espansione possa favorire il ridimensionamento del servizio pubblico. Sullo sfondo c'è la paura del ritorno al sistema mutualistico pre riforma del '78, l'identificazione tra Ssn e dettato costituzionale, così come tra Ssn e universalismo sanitario, ovvero una concezione univoca della forma universalistica⁷. Il Ssn è considerato un valore in sé e i limiti che ha manifestato in questi anni sono imputabili a politiche inadeguate o volutamente finalizzate a renderlo residuale (Sos sanità 2009; Rete Sostenibilità e Salute, 2017 e 2018). Definanziamento, invecchiamento della platea dei professionisti e non ammodernamento del patrimonio immobiliare, tecnologico e del software sono l'esito di tali scelte (Geddes da Filicaia 2018). Per uscire da questa situazione alcuni propongono nuove riforme (Cavicchi 2016); o interventi profondi che ne facciano recuperare il progetto originario (Dirindin 2012); o interventi diretti del pubblico nel governo delle forme integrative (Fassari 2017); ecc. Una sorta di *manutenzione straordinaria/restauro migliorativo* che ridia la giusta funzionalità ad una costruzione ammaloratasi soprattutto per l'uso improprio, se non il voluto mancato uso, che ne è stato fatto.
- *Cos'è oggi il Ssn.* Questo secondo raggruppamento è solo in parte distinguibile da quello successivo, in quanto, come ovvio, alle analisi i diversi interlocutori, in genere, fanno seguire le relative proposte. È utile evidenziarlo, seppur questi prevedano soluzioni differenti, se non divergenti. In esso possiamo collocare quasi tutti i principali centri di ricerca che analizzano le *policy* sanitarie nel nostro Paese (es.: Censis di Roma; Cerm – Politecnico di Milano; Cergas e Oicp Bocconi di Milano; Crea Tor Vergata di Roma; Fondazione Gimbe di Bologna; Nomisma di Bologna; Osservasalute-Un. Cattolica di Milano); alcune associazioni di rappresentanza (es.: Ania, Cisl, Confindustria, Confcommercio), *think tank* di varia natura (es.: Laboratorio Urbano di Bologna; Actioninstitute di Roma; Secondo Welfare di Milano; Assoprevidenza di Torino; Welfare Italia/Unipol di Bologna; Welfareday/Rbm di Treviso). Una po-

7. Significativo il dibattito sviluppatosi su quotidianosanita.it tra marzo e giugno 2017 a seguito di un intervento di I. Cavicchi del 20 marzo 2017 www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=48908.

sizione particolare, visto il suo profilo istituzionale, è poi quella rappresentata dall'Ocse⁸. A partire dalla dichiarazione condivisa dell'importanza del Ssn, gli elementi di criticità che vengono evidenziati, in modo tutt'altro che omogeneo, sono: il sottofinanziamento; gli sprechi e la corruzione; l'inadeguatezza rispetto all'impatto attuale e futuro delle cronicità; la difficoltà di comprendere i cambiamenti della domanda e di costruire nuove modalità di offerta integrate e personalizzate; l'eccessiva variabilità delle politiche regionali; le disuguaglianze di accesso territoriali, ed anche infra regionali; la debolezza delle varie forme di programmazione, regolamentazione, ed implementazione; ecc. In altri termini, di fronte alle grandi sfide della transizione epidemiologica, di quella demografica e di quella socioeconomica e culturale a noi contemporanee, il gap crescente nella capacità di risposta del Ssn può essere considerato l'elemento unificante. Da qui l'esigenza di interventi di *ristrutturazione* che ne adeguino quanti-qualitativamente, alla luce dei cambiamenti in corso, la capacità di offerta.

- *Cosa dovrebbe diventare il Ssn.* Il terzo raggruppamento si caratterizza per la convinzione della necessità di una *riprogettazione strutturale*, basata su interventi diversificati e compositi. Tali interventi sono sostanzialmente speculari alle criticità appena evidenziate. Ne citiamo alcuni. C'è chi ritiene improcrastinabile (Fond. Gimbe 2017, 2018) un vero e proprio *piano di salvataggio del Ssn* imperniato su un programma politico, con una quota di risorse certe, di medio periodo. Tale programma dovrebbe intervenire secondo tre principi fondamentali: *health in all policies, evidence for health, value for money*. Nello specifico, si tratta di: rimodulare i Lea sotto il segno del *value*, così da definire per differenza quali prestazioni debbano essere coperte dalla spesa privata, *out-of-pocket* o intermediata; realizzare un pilastro unico di sanità integrativa, riordinando in un'ottica perequativa le agevolazioni fiscali; istituire un'unica anagrafe nazionale per fondi integrativi e assicurazioni private, garantendo trasparenza e regolando le forme di accreditamento; regolamentare, al fine di prevenire le derive consumistiche, il rapporto tra finanziatori privati ed erogatori privati accreditati, nonché le campagne pubblicitarie delle assicurazioni private; coinvolgere gli enti pubblici (Regioni, Inps) nella gestione della sanità integrativa per offrire a tariffe calmierate e competitive un *range* di servizi socio-sanitari garantiti ed erogati sotto la vigilanza e la responsabilità pubblica; coinvolgere forme di imprenditoria sociale, cogliendo tutte le opportunità offerte dalla recente riforma del Terzo settore.

8. In bibliografia sono citate alcune opere da questi prodotte.

Altri, riconoscendo la grande capacità di resilienza del Ssn rispetto alla doppia sfida dell'invecchiamento della popolazione e della riduzione delle risorse disponibili (Crea 2016), rimarcano la necessità di individuare nuove strategie capaci di dare ad esso stabilità nel tempo. Le linee di intervento ipotizzate sono quattro: rendere compatibili gli equilibri macroeconomici con l'equità del sistema – definendo in modo chiaro le priorità del sistema pubblico, sulla base dei criteri di appropriatezza, meritorietà e valutabilità delle prestazioni garantite; richiedere livelli di compartecipazione proporzionati alle reali condizioni economiche delle famiglie; intervenire sull'evasione fiscale; rendere effettivo e stabile un nuovo (post referendum sulla Costituzione del dicembre 2016) equilibrio istituzionale tra Stato e Regioni; riorganizzare il sistema su due livelli, integrando l'assistenza pubblica con quella intermediata da polizze collettive al fine di inglobare nel governo sanitario la crescente mole di spesa privata; rendere possibile, poi, alle aziende pubbliche lo sviluppo di un'offerta per la domanda solvente, generando così nuove entrate in favore dell'assistenza complessiva.

Altri ancora, avendo come preoccupazione principale sia il miglioramento della *performance* del sistema pubblico che l'esigenza di non vanificare gli sforzi e i risultati ottenuti nel corso degli ultimi anni (Osservasalute 2016), indicano tre principali necessità: passare da una logica di tipo *prestazionale* ad una logica di *presa in carico*, valorizzando il ruolo dell'assistenza territoriale attraverso l'implementazione di un sistema basato sull'assistenza primaria; sviluppare un'efficace strategia di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari; garantire la sostenibilità del Ssn, al fine di evitare il rischio che un abbassamento della qualità dei suoi servizi faccia vacillare il principio di solidarietà sul quale si è ispirato, contrapponendo l'interesse delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale a quello delle fasce sociali più deboli, colpite da peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche.

Infine, ma la rassegna potrebbe continuare a lungo, c'è chi focalizza la propria attenzione sulle dinamiche più innovative che stanno attraversando il Ssn e le sue Aziende, ovvero sui processi di rottura dei trend consolidati e dei relativi quadri interpretativi, per cogliere spunti sui cambiamenti strategici, al fine di formulare un'agenda dei problemi e delle aree di intervento su cui concentrarsi (Longo e Ricci 2016). Insieme al ruolo economico-industriale del Ssn, alla sobrietà della spesa sanitaria pubblica, al persistente dislivello di offerta regionale e alla riuscita messa in stabilità economico finanziaria, si sottolineano, in particolare: il disallineamento tra l'attenzione posta sul ridefinire ruoli e poteri sull'asse centro e periferia (Stato e Regioni, Regioni – e sue

agenzie – e Aziende) e fine delle riforme⁹, con il conseguente rischio di allontanare la *governance* dai problemi dei cittadini e di creare un'agenda di *policy* e di *management* scarsamente allineata ai problemi reali; la debolezza dei sistemi regionali nel definire i fabbisogni manageriali dei propri sistemi operativi (definizione dei profili, disegno dei processi di selezione e di sviluppo delle competenze a ciò orientati, ecc.), nel quadro di riassetto dei modelli di *governance* in cui i vertici aziendali risultano sempre più coinvolti nella sfera politica e di governo di sistema; una forte carenza di pianificazione per l'offerta ospedaliera come in ambito riabilitativo, lungodegenziale e di strutture residenziali, a livello sia nazionale come regionale; con riferimento alle risposte ai bisogni sociosanitari che al rapporto tra spesa privata e offerta pubblica, l'assenza di *vasi comunicanti* tra il *setting* esistente e il pieno utilizzo di tutta la capacità produttiva¹⁰; l'ambivalenza determinata dai costi correlati dall'invecchiamento professionale (alto *burn out*, scarsa propensione all'innovazione e al cambiamento, climi organizzativi pesanti, ecc.) e dall'incongruenza dello *skill mix* rispetto ai bisogni emergenti, con la grande opportunità di rinnovamento gestionale che questo scenario rappresenta.

Tenuto conto delle differenze evidenziate, almeno due sono i tratti che accomunano queste molteplici posizioni¹¹:

- affrontare i problemi del Ssn in particolare, e della sanità e del sociosanitario in generale, dal punto di vista della riorganizzazione dell'offerta di servizi e prestazioni, dimenticandosi, o comunque lasciando in secondo piano, il ruolo della domanda e dei processi trasformativi che la attraversano (Del Vecchio *et al.* 2017b) e di cui la spesa privata è un indicatore efficace, ovvero non riconoscendo l'importanza di una sua organizzazione funzionale nella definizione e implementazione degli interventi necessari;
- considerare, se non totalmente separata comunque ancillare, la composita area dell'offerta sociosanitaria, riducendo implicitamente la rilevanza

9. Vale a dire l'organizzazione delle interdipendenze orizzontali tra *setting* assistenziali, tra settore sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, tra spesa pubblica e spesa privata delle famiglie, soprattutto alla luce dell'esplosione delle patologie croniche e della non autosufficienza (integrazione orizzontale dei processi, delle risorse e delle responsabilità).

10. Visto che: dove vi sono più assistenti familiari risultano anche esservi più ricoveri in strutture protette e allo stesso tempo maggiore utilizzo di strutture intermedie e di ricoveri ospedalieri; così come che nelle 4 regioni considerate tra le migliori sul piano della l'offerta quali-quantitativa dei servizi sanitari pubblici (Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna, Veneto) più alta è la spesa privata per abitante.

11. Una parziale eccezione è riscontrabile in: Cergas, Sda Bocconi, Alumni Bocconi 2015; Del Vecchio M. e Aguzzi G. 2010; Del Vecchio *et al.*. 2015; Ocps 2016; Longo 2016; De Rita 2015.

za dei problemi di salute ad essa collegati qualora non rientrino nel perimetro delle *policy* tipicamente sanitarie.

1.3. Temi/indicatori utilizzati nella discussione pubblica: una sintesi

Trent'anni fa, con il supporto scientifico di Aldo Piperno, la XII Commissione permanente della Camera dei Deputati (Affari sociali), a conclusione dei suoi lavori sulla spesa dei cittadini per la salute, affermava che:

Il presente rapporto... rappresenta, invero, un primo approfondimento di documentazione e di elaborazione della problematica il cui limite fondamentale è dato dalla carenza delle informazioni e dei dati necessari per un'analisi esaustiva. Parecchie informazioni e dati già esistono, ma possono essere raccolti solo attraverso una ulteriore e laboriosa opera di ricerca. Altri dati, invece, sono inesistenti – ad esempio quelli relativi al profilo globale in termini quantitativi dell'universo dei fondi, mutue e casse esistenti sul territorio nazionale – e possono essere prodotti solo attraverso la composizione di molteplici fonti o la ricognizione diretta (XII Commissione permanente della Camera dei Deputati 1988, 442).

Oggi, grazie ad Istat, Ocse ed Eurostat, nonché al crescente lavoro di rielaborazione di alcuni dei centri di ricerca e *think tank* prima citati, si può affermare che la disponibilità di informazioni ed analisi sia migliorata sia sul piano quantitativo che qualitativo. Ciò non toglie che le questioni sollevate da Piperno siano ancora presenti, ovvero che non pochi aspetti e dimensioni continuano a risultare in ombra, soprattutto a causa di non sempre comprensibili motivi giuridici e amministrativi assunti a divieto nell'accesso formale alle fonti, la cui conoscenza sarebbe indispensabile per la definizione di *policy* efficaci.

La ricognizione dei temi/indicatori attualmente utilizzati, verrà articolata in modo da tenere presente i quesiti che implicitamente o esplicitamente ritroviamo nella discussione pubblica. Questi possono essere così riassunti:

- la spesa sanitaria pubblica e quella privata sono sufficienti/insufficienti e relazionate in modo omogeneo/disomogeneo rispetto al resto dei Paesi a noi comparabili?
- la spesa sanitaria privata nasconde/favorisce/può essere correlata a forme di irregolarità fiscale?
- con essa cosa si compra e perché?
- quanto incidono le difficoltà di accesso al Ssn nell'orientamento verso il mercato privato e quanti rinunciano alle prestazioni perché non in grado di sostenere tali spese?
- quanto incidono le diverse forme assicurative, in particolare quelle collettive – fondi integrativi di diversa natura – e quelle per la Ltc?

Nella Tabella 1 vengono riportate alcune tra le principali informazioni disponibili. Avendo la finalità di offrire una visione di insieme e di rappresentare le tendenze in atto: a) non entreremo nel merito delle diverse metodologie della loro costruzione, in particolare rispetto alle varie indagini e pubblicazioni Istat disponibili; b) utilizzeremo contemporaneamente anche dati riconducibili a fonti – metodologie di calcolo – non omogenee, dalle quali possono quindi risultare raffronti non pienamente concordanti¹².

Tab. 1

| Tema | Fonti | Dati/Indicatori |
|--|---|--|
| <p><i>La spesa sanitaria totale, pubblica, privata</i></p> | <p>Guzzanti <i>et al.</i> 1999; Corte dei Conti 2017; Istat 2017a; Del Vecchio <i>et al.</i> 2015, 2017a, 2017b; Piperno 2017; Cergas Sda Bocconi 2017; Istat 2017c; Oecd 2018; Corte dei Conti 2018;</p> | <p>Nel 2016, la spesa totale (pubblica e privata) è stata di 149,5 miliardi €, con un incremento sul 2012 di 5,085 miliardi €. Rispetto al Pil, nel 2012 rappresentava il 9,1% mentre nel 2016 (e 2017) l'8,9%.</p> <p>La componente pubblica, dal 2012 al 2016, è passata da 110 a 112,2 miliardi €. Nel 2016 era pari al 6,7% del Pil e rappresentava il 75% della spesa totale, mentre nel 2012 era il 77,7%. Nel 2017 l'incidenza sul Pil è passata al 6,6%, contro una media Oece del 6,4%.</p> <p>Da evidenziare, in riferimento alla sola spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici in ambito pubblico, che tra il 2013 e il 2017 il volume complessivo si è ridotto in modo drastico, passando da poco più di 2,4 mld € a circa 1,4 mld €, con un calo di oltre il 42%; tranne per la sostituzione di automezzi e arredi, il rallentamento dei programmi di intervento ha determinato l'aumento della obsolescenza delle tecnologie utilizzate, dei guasti e delle spese di manutenzione, e ciò ha avuto in alcuni casi come effetto il drenaggio di risorse destinate agli scopi assistenziali.</p> <p>In rapporto alla spesa per la protezione sociale complessiva, la spesa sanitaria pubblica passa dal 24% nel 2010 al 21,9% nel 2016; nello stesso periodo la spesa pensionistica rimane stabile al 68% mentre quella assistenziale passa dall'8 al 10%.</p> |

12. Il tema del consenso su fonti e metodologie da utilizzare per analisi comparative efficaci rappresenta un campo di ricerca a sé, ovviamente qui solo auspicabile.

Tab. 1 - segue

| Tema | Fonti | Dati/Indicatori |
|------|-------|--|
| | | <p>Tra il 2012 e il 2016 la componente privata è passata da 34,5 a 37,2 mld €, con un'incidenza sulla spesa sanitaria totale pari ad $\frac{1}{4}$ o poco più¹³. Essa corrisponde alla spesa sostenuta dai regimi di finanziamento volontari (assicurazioni sanitarie volontarie ramo malattia), alla spesa finanziata da istituzioni senza scopo di lucro; alla spesa finanziata da imprese (promozione della salute nei luoghi di lavoro); alla spesa diretta delle famiglie (<i>Out of Pocket – Oop</i>).</p> <p>L'incidenza percentuale della spesa privata sulla spesa sanitaria totale risulta sostanzialmente costante nel periodo 2000-2015, rappresentando nei fatti un elemento strutturale del sistema sanitario italiano. Se si considera il Pil, essa ha mantenuto un'incidenza costante del 2-2,5% negli ultimi 30 anni: era del 2,5% nel 1988, 2,4% nel 2016 e 2,3 nel 2017.</p> <p>La spesa sanitaria media pro capite per il 2016 è stimata in 2.466 €, quella pubblica di 1.850€, quella privata <i>out of pocket</i> di 560 € e privata intermediata di 56 €.</p> <p>La variabilità regionale della spesa privata <i>out of pocket</i> e intermediata risulta rilevante, con un <i>range</i> che va dai 798,9 € della Val d'Aosta ai 304 € della Campania (media nazionale 573,8 €)¹⁴.</p> |

13. Nel 3° Rapporto della Fondazione Gimbe (2018), si ipotizza che la spesa privata 2016 abbia raggiunto i € 45,431 mld, di cui: € 5,601 miliardi di spesa intermediata – € 3,831 miliardi da fondi sanitari € 0,593 miliardi da polizze individuali € 1,177 miliardi da altri enti – e € 39,830 miliardi di spesa *out-of-pocket*. Secondo gli Autori, ciò comporterebbe che il 28,8% della spesa sanitaria è privata e di questa quasi l'88% è *out-of-pocket*. Per Cergas Sda Bocconi (2017) la stima della spesa privata 2016 è invece di 39,5 miliardi €, suddivisa in privata *out-of-pocket* per 36,1 miliardi €, e privata intermediata da regimi di finanziamento volontari (fondi sanitari integrativi, assicurazioni private e aziende per la promozione della salute nei posti di lavoro) pari a 3,4 miliardi €.

14. Da evidenziare che le Regioni a statuto ordinario con le migliori *performance* dei propri Ssr sono anche quelle con una spesa pro capite più alta della media – Lombardia 781,9 €, Emilia Romagna 696,8 €, Veneto 693 €, Toscana 596,8 €.